

# Aanleren van kennis en vaardigheden met betrekking tot 'omgaan met antipsychotische medicatie'

P. BOERSMA, J. J. M. DEKKER, M. VAN DER GAAG, B. G. M. PUIITE,  
H. BLANKMAN

**ACHTERGROND** Patiënten die lijden aan schizofrenie en aanverwante psychosen hebben weinig kennis van medicatie, kunnen slecht werking en bijwerking onderscheiden, hebben veelal een ontbrekend besef iets te mankeren en zijn om voornoemde redenen weinig trouw bij het innemen van medicatie.

**DOEL** Dit onderzoek is opgezet om na te gaan of de trainingsmodule 'Omgaan met antipsychotische medicatie' een bijdrage levert aan het kennis- en vaardigheidsniveau van patiënten met betrekking tot het omgaan met antipsychotische medicatie.

**METHODEN** Eenendertig patiënten hebben vragenlijsten ingevuld over de kennis van hun antipsychotische medicatie en hun medicatietrouw. Tevens gaven de behandelaars van de patiënten hun inschatting van de medicatietrouw, en de trainers van de kennis en vaardigheden.

**RESULTATEN** De kennis van de antipsychotische medicatie is significant toegenomen. Patiënten zijn hun medicatie vaker zelfstandig gaan beheren. De medicatietrouw was aan het begin van de training al bijna volledig en kon niet verder toenemen. Er was een significante toename van de in de toekomst te verwachten medicatietrouw van de patiënten.

**CONCLUSIE** De training leidt tot verbetering op een aantal aspecten van medicatiegebruik. Wel blijkt de implementatie van de training in veel instellingen een zeer moeizaam proces te zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 6, 375-384]

**TREFWOORDEN** antipsychotica, implementatie, Liberman-module, medicatietrouw, rehabilitatie

Rehabilitatie is in Nederland momenteel een onderwerp waar veel aandacht aan wordt besteed. De overheid stimuleert rehabilitatie van chronisch schizofrene patiënten. Een van de activiteiten betreft het aanleren van vaardigheden zoals het zelfstandig kunnen beheren van de medicatie. Van psychiatrische patiënten is bekend dat zij over het algemeen weinig therapietrouw zijn. Uit recente onderzoeken komt naar voren dat ongeveer een derde van alle

patiënten de medicatie volgens voorschrift inneemt, een derde gedeeltelijk medicatietrouw is (de voorgeschreven dosis wordt gereduceerd of de medicatie wordt geregeld niet ingenomen) en een derde volledig ontrouw is (Fleischhacker e.a. 1994; Wright 1993). Opgenomen patiënten blijken de medicatie trouwer in te nemen dan ambulante patiënten (Fleischhacker e.a. 1994). Over de ambulante patiënten wordt gerapporteerd dat 50% tot 75% binnen één jaar na ontslag uit het zie-

kenhuis niet meer (alle) medicatie inneemt (Naber 1995; Owen e.a. 1996; Weiden e.a. 1994, 1996). Overigens is niet alleen de patiënt zelf therapieontrouw, ook familieleden of naasten motiveren de patiënt niet tot medicatie-inname. Slechts 20% van de naaste betrokkenen vindt antipsychotica een geschikt middel tegen psychosen bij schizofrenie (Kissling 1994).

Onvoldoende kennis van de potentiële therapeutische voordelen, bijwerkingen van antipsychotische medicatie en vervolgens het niet adequaat innemen van de medicatie zijn belangrijke oorzaken van recidiefpsychosen bij patiënten met schizofrenie (Eckman e.a. 1990). In Los Angeles hebben Wallace e.a. (1992) een psychosociale behandeling voor patiënten met schizofrenie en aanverwante psychosen ontwikkeld. De behandeling is gebaseerd op het stress-kwetsbaarheidmodel en omvat een aantal trainingsmodulen om kennis en vaardigheden aan te leren.

De eerste module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' is in 1996 in het Nederlands vertaald door de Stichting Liberman Modules. Door middel van een training wordt getracht de medicatietrouw te vergroten en daarmee de uiteindelijke kans op recidiefpsychosen te verminderen (Eckman e.a. 1990; Blankman 1998).

In september 1997 is een evaluatieonderzoek naar deze module gestart. Zo werd nagegaan of de module een bijdrage levert aan het kennis- en vaardigheidsniveau van patiënten met betrekking tot het omgaan met de antipsychotische medicatie en hun bijwerkingen. De tweede doelstelling was inzicht te krijgen in het effect van de trainingsmodule op de mate van therapietrouw van de patiënt.

In dit artikel worden de uitkomsten van dit onderzoek beschreven. Allereerst zal de Liberman-module kort worden uitgelegd, vervolgens zal worden ingegaan op de methoden van onderzoek en de resultaten waarna wordt afgesloten met een discussie.

## PATIËNTEN EN METHODEN

**Training** De training 'Omgaan met antipsychotische medicatie' vormt een onderdeel van de Social and Independent Living Skills Program (een vaardigheidstraining voor een zelfstandig leven). De training gaat allereerst in op de voordelen van antipsychotische medicatie en de manier waarop de deelnemers zelf aan deze informatie kunnen komen. Daarna wordt het correct gebruiken van de medicatie behandeld en registreren de deelnemers hun persoonlijke (gewenste en ongewenste) effecten van de medicatie. Vervolgens krijgen de deelnemers voorlichting over zowel ernstige als minder ernstige bijwerkingen. Tot slot worden vaardigheden aangeleerd in het bespreken van problemen met medicatie.

De training is opgebouwd volgens een vast stramien. Alle vaardigheden zijn ondergebracht in vier vaardigheidsdomeinen die op hun beurt weer zijn onderverdeeld in zeven leeractiviteiten. Deze leeractiviteiten zijn de stappen die nodig zijn om de vaardigheid aan te leren. Tijdens de training wordt gebruikgemaakt van videodemonstraties, vraag- en antwoordsessies, rollenspelen, praktische oefeningen en huiswerkopdrachten. De training is te volbrengen in ongeveer 50 sessies; afhankelijk van de frequentie duurt het geheel drie tot zes maanden (Blankman 1998).

**Onderzoeksopzet** Voor dit prospectief evaluatieonderzoek met herhaalde metingen zijn de ambulante en klinische psychiatrische instellingen in Nederland benaderd die de trainingsmodule 'Omgaan met antipsychotische medicatie' hebben aangeschaft.

Van de deelnemende patiënten werd gevraagd op drie momenten vragenlijsten in te vullen, namelijk bij aanvang van de training ( $T_0$ ), na de afronding van het eerste vaardigheidsdomein ( $T_1$  = tussentijdse meting, na ongeveer 1,5 maand), en na afloop van de training ( $T_2$ ). De vragenlijsten hebben betrekking op kennis van de

antipsychotische medicatie, vaardigheden hiermee om te gaan en op de medicatietrouw. Aan de behandelaar van de patiënt is gevraagd een inschatting te geven van de mate waarin de patiënt medicatietrouw is. De trainer registreerde bij elke bijeenkomst de opkomst van de deelnemende patiënten; na afloop van het algehele trainingsprogramma (T<sub>2</sub>) vulde hij een lijst in met vragen over een aantal proceskenmerken.

**Meetinstrumenten** De pre- en posttest die opgenomen zijn in de leermodule, zijn identiek. Deze vragenlijsten zijn ontwikkeld door Liberman en zijn staf en maken deel uit van de module. Ze zijn samengesteld uit achttien stellingen waarop de patiënt met juist of onjuist kan antwoorden en meten kennis over de antipsychotische medicijnen. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de pre- en de posttest verschilt nogal in dit onderzoek (respectievelijk .42 en .95). De betrouwbaarheid van .42 bij de voormeting duidt op een sterk uiteenlopend kennisniveau van de deelnemers; bij nameting is de kennis meer gelijkelijk verdeeld, bij een betrouwbaarheid van .95. De vragenlijsten over medicatietrouw voor zowel de patiënt als voor de arts bestaan uit drie items. Eén item verwijst naar de mate van zelfstandigheid van de patiënt wat betreft zijn medicatiebeheer. (De patiënt kan de medicatie van de verpleegkundige ontvangen via een recept met behulp van een weekdoos, per dag, of per keer en wel in de vorm van tablet, injectie of druppels.) De andere twee items vragen naar het percentage van de voorgeschreven medicatie dat de patiënt daadwerkelijk inneemt en de verwachting hiervan voor de toekomst. Deze twee items kunnen beantwoord worden op een vierpuntsschaal (1 = niets of nauwelijks van de medicatie ingenomen, 2 = iets minder dan de helft ingenomen, 3 = de helft tot iets meer ingenomen, 4 = vrijwel alle voorgeschreven medicatie ingenomen).

De vragenlijst voor de patiënt is aangevuld met zes items over het ziektegedrag en zijn gebaseerd op het Health Belief Model (HBM)

(Broekhuysen e.a. 1994; Kelly e.a. 1987; Pan & Tantam 1989). Op deze items kan de patiënt een antwoord kiezen op een schaal van 1 tot 5 (1 = helemaal geen, 5 = heel erg veel). De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van deze vragenlijst is redelijk (.69 bij aanvang, .68 aan het eind van de training).

De kennis- en vaardigheidslijst is afgeleid van een vragenlijst van Eckman e.a. (1990) en wordt door de trainer afgenomen. De lijst behandelt kennis van de antipsychotische medicatie, maar bevat tevens vragen over vaardigheden in het medicatiegebruik. Alle 16 vragen kunnen met 0, 1 of 2 beantwoord worden (0 = de patiënt weet het niet/kan het niet; 1 = de patiënt weet het met hulp/kan het met hulp; 2 = de patiënt weet het zelfstandig/kan het zelfstandig). De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van deze vragenlijst is tamelijk hoog (.74 bij aanvang, .85 na afloop).

Tot slot is gevraagd naar persoonlijke gegevens zoals sekse, leeftijd, burgerlijke staat, en naar medicatiegebruik en ziektegeschiedenis.

**Procedure** Medio juli 1997 zijn de instellingen (n = 43) waarvan bekend was dat de module was aangeschaft, schriftelijk op de hoogte gebracht van dit onderzoek. In september 1997 werden de trainers van de diverse instellingen telefonisch benaderd met de vraag of de training binnenkort zou starten en of er bereidheid was te participeren in dit onderzoek. Wanneer dit het geval was, werd het onderzoeksprotocol met de Case Record Forms toegezonden. Wanneer er nog geen duidelijkheid over de start van de training was, werd afgesproken in de komende maanden contact te houden zodat eventueel op een later moment met het onderzoek kon worden gestart. Gedurende één jaar, tot oktober 1998, is steeds contact gehouden met alle 43 instellingen, daarna alleen met die instellingen waar met de training was gestart. Deelname aan dit onderzoek kon pas plaatsvinden nadat de medisch-ethische commissie van de betrokken instelling toestemming had gegeven. De patiënten zijn

door de trainer(s) gevraagd mee te doen aan het onderzoek, waarop een ieder een verklaring van *informed consent* heeft ondertekend.

**Deelnemende instellingen** Van de 43 instellingen die in de zomer van 1997 uitgenodigd werden aan het onderzoek mee te doen, hadden er 24 op de einddatum van de dataverzamelingsperiode van het onderzoek (oktober 1998) daadwerkelijk een training gestart. Van deze 24 instellingen deden er 9 (geheel of gedeeltelijk) mee aan het onderzoek en deden er 15 om diverse redenen niet mee aan het onderzoek. Van de overige instellingen die de module hadden aangeschaft, waren 19 in oktober 1998 nog niet met de training gestart.

De belemmeringen voor instellingen die wel met een training zijn begonnen maar niet in het onderzoek werden geïnccludeerd, zijn de volgende: 1. Sommige zijn te laat gestart met het geven van de training; hun dataverzameling zou niet voltooid kunnen worden. 2. De medisch-ethische commissie geeft nog geen toestemming om aan het onderzoek mee te doen. 3. Alle patiënten zijn gaandeweg de training uitgevallen met als gevolg dat deze voortijdig is geannuleerd. 4. De directie of de commissie wetenschappelijk onderzoek verleent geen toestemming voor deelname aan het onderzoek. 5. Sommige instellingen waren op het moment van benadering al te ver gevorderd om nog in te kunnen stromen. 6. Een enkele keer is het onduidelijk waarom niet aan het onderzoek wordt meegedaan.

De redenen waarom men in sommige instellingen in de herfst van 1998 nog niet gestart was met de training, zijn divers. Een aanzienlijk aantal instellingen stelde het opzetten steeds uit wegens ziekte van de trainer(s) of om onduidelijke redenen, andere kampten met zorginnovaties die de volle aandacht vroegen en sommige startten eerst met de 'Symptoommodule'. Een enkele keer vond de behandelaar de patiëntenpopulatie ongeschikt voor de training en de training werd in één instelling voor psychiatrisch-zieke kinderen niet gestart omdat deze bij nader inzien niet geschikt gevonden werd voor kinderen.

In dit artikel worden de resultaten van de negen instellingen weergegeven, waarbij van vijf instellingen de trainers alleen de vragenlijst naar de proceskenmerken hebben geretourneerd.

Bij vijf van de negen instellingen gaat het om klinische of dagbehandeling en vier van de negen behandelen ambulante en klinisch. Opname en kortdurende behandeling vinden plaats in één van de settingen; drie instellingen typeren hun setting als resocialisatie, twee zijn een zogenaamd chronisch verblijf en in drie instellingen wordt langdurige ambulante begeleiding gegeven.

**Patiënten** In het uiteindelijke onderzoek zijn 31 patiënten betrokken die afkomstig zijn uit vijf verschillende trainingsgroepen, waarbij twee trainingsgroepen uit een en dezelfde instelling kwamen. Bij aanvang van de training waren er in totaal elf patiënten die niet aan het onderzoek mee wilden doen: het *informed consent* werd door hen niet ondertekend. Bovendien zijn zeven patiënten aanvankelijk wel geïnccludeerd, maar na het eerste meetmoment uit de training en dus ook uit het onderzoek gevallen.

Onder de 31 deelnemers waren 20 mannen. De gemiddelde leeftijd was 35,5 jaar (sd 7.24); bijna driekwart van de deelnemers was ongehuwd. Bijna de helft had hoger (beroeps)onderwijs of universiteit genoten en 16% had een middelbare opleiding gevolgd. De opnameduur was gelijkmatig verdeeld van korter dan drie maanden tot 2-5 jaar; één deelnemer was langer dan vijf jaar opgenomen. Zes (19,4%) deelnemers waren voor het eerst opgenomen en elf (35,5%) deelnemers hadden drie of meer opnames achter de rug. De meeste deelnemers (87,1%) gebruikten antipsychotica, zowel klassieke als atypische of nieuwe antipsychotica of een combinatie van beide. Bijna driekwart van de deelnemers kreeg de antipsychotica toegediend in tablet- of druppelvorm.

Het aantal sessies dat de trainers nodig hadden om de hele module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' af te ronden, wisselde per

instelling. Het gemiddeld aantal sessies per deelnemer bedroeg 26,5 (sd = 15.1), met een minimum van 4 en een maximum van 51.

RESULTATEN

**Pre- versus postmetingen** In tabel 1 staan de gemiddelde scores en standaardafwijkingen van de patiënten op de verschillende meetmomenten en de toetsingswaarden van de gepaarde t-toets tussen de tijdstippen T0 en T2.

De verwachte verandering in kennis over het gebruik van antipsychotische medicatie is onderzocht met behulp van een gepaarde t-toets tussen de gemiddelden op de Liberman pre- en posttest. Op T2 (14,7) bleken de patiënten gemiddeld beter te scoren dan op T0 (13,5). Dit verschil is significant (t = -2,13, p = .04).

De huidige door de patiënt opgegeven medicatietrouw bleef door de tijd gelijk (3,9 op T0 en T2). De gemiddelde score van 3,9 op een schaal

van 4 laat weinig ruimte tot verbetering, en betekent dat de patiënten zeggen dat ze vrijwel alle voorgeschreven medicijnen innemen. De huidige medicatietrouw volgens de arts bleef min of meer gelijk (3,7 op T0, 3,8 op T2).

De inschattingen van arts en patiënt over de verwachte medicatietrouw wanneer de patiënt met ontslag naar huis zou gaan, verschilden aanvankelijk nogal (respectievelijk 2,5 versus 3,9). Na afloop van de training lagen deze inschattingen minder ver uit elkaar (respectievelijk 3,1 versus 3,5). De toename van de verwachting van de artsen over de toekomstige medicatietrouw van de patiënten van 2,5 naar 3,1 is bij toetsing significant.

Een significant hoger percentage patiënten (41,7%) zei na afloop van de training in staat te zijn zelfstandig zijn medicatie te beheren, dat wil zeggen zelf te halen met een recept, dan bij aanvang het geval was (20,7%). De mening van de artsen komt overeen met die van de patiënten: zij

TABEL 1 Scores meetinstrumenten op drie tijdstippen, alsmede toetsing verschillen T0-T2

|  | T0   |     |    | T1   |     |    | T2   |     |    | T0-T2 |    | T0   |       |    | T1    |    |       | T2 |                  |    | T0-T2 |  |
|--|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|----|-------|----|------|-------|----|-------|----|-------|----|------------------|----|-------|--|
|  | Gem. | sd  | n  | Gem. | sd  | n  | Gem. | sd  | n  | t     | df | p    | Perc. | n  | Perc. | n  | Perc. | n  | chi <sup>2</sup> | df | p     |  |
| Pre/posttest                             | 13,5 | 2,2 | 31 |      |     |    | 14,7 | 2,3 | 25 | -2,13 | 24 | 0,04 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Kennisvaardigheid                        | 21,0 | 5,2 | 19 | 24,6 | 4,4 | 18 | 26,1 | 5,6 | 17 | -1,26 | 10 | 0,24 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Health belief <sup>1</sup>               | 2,7  | 0,7 | 29 | 2,9  | 0,9 | 18 | 2,9  | 0,7 | 25 | -1,58 | 22 | 0,13 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Medicatietrouw <sup>1</sup>              | 3,9  | 0,4 | 29 | 3,7  | 0,6 | 18 | 3,9  | 0,3 | 24 | 0,00  | 21 | 1,00 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Verwachte medicatietrouw <sup>1</sup>    | 3,9  | 0,3 | 23 | 3,8  | 0,7 | 12 | 3,5  | 1,1 | 15 | 1,33  | 13 | 0,21 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Medicatietrouw <sup>2</sup>              | 3,7  | 0,8 | 27 | 3,6  | 0,6 | 19 | 3,8  | 0,6 | 25 | -0,72 | 21 | 0,48 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Verwachte medicatietrouw <sup>2</sup>    | 2,5  | 1,1 | 20 | 2,7  | 0,7 | 12 | 3,1  | 1,0 | 14 | -2,31 | 12 | 0,04 |       |    |       |    |       |    |                  |    |       |  |
| Zelfstandig medicatiebeheer <sup>1</sup> |      |     |    |      |     |    |      |     |    |       |    |      | 20,7% | 29 | 38,9% | 18 | 41,7% | 24 | 9,35             | 1  | 0,00  |  |
| Zelfstandig medicatiebeheer <sup>2</sup> |      |     |    |      |     |    |      |     |    |       |    |      | 22,2% | 27 | 31,6% | 19 | 48,0% | 25 | 7,77             | 1  | 0,01  |  |

1. Gegevens afkomstig van patiënt

2. Gegevens afkomstig van arts

constateren een stijging van 22,2% op T0 naar 48% op T2.

*Indrukken van de trainers* Naast de pre- en postmetingen (op patiëntniveau) van vijf verschillende trainingen hebben we bij negen trainers de enquête afgenomen om hun indrukken van het effect van de trainingsmodule te inventariseren. De trainersgroep bestond voor twee derde uit mannen en een derde uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de trainers was 40,5 jaar (range 33-50). Gemiddeld waren zij 16 jaar werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (range 8-22). Alle negen hadden voorafgaand aan het geven van de module zelf een extra training gevolgd; in zeven van de negen gevallen was dit de eendaagse training verzorgd door de Stichting Liberman Modules. Alle negen trainers werden

bijgestaan door een co-trainer: zes vrouwen en drie mannen. De co-trainers hadden een gemiddelde leeftijd van 36 jaar en waren gemiddeld 11 jaar in de GGZ werkzaam.

Tabel 2 geeft enkele oordelen van de trainers over het effect van de trainingsmodule.

Alle negen trainers oordeelden positief over het effect van de training op de deelnemers ('de patiënt heeft voordeel bij de training') en over de bijdrage die de training biedt aan een goede behandeling. Voorts vonden ze alle negen de training niet te moeilijk uit te voeren en goed te volgen voor de patiënten.

Er zijn volgens de trainers ook enkele mindere facetten aan de training. Sommigen vonden de tijdsinvestering in de training te groot. Verder oordeelde men minder positief over de invloed van de module op het team: zes van de negen trainers meldden dat de teamleden niet beter op de hoogte zijn geraakt van de aard en frequentie van bijwerkingen van de medicatie en dat er in behandelplanbesprekingen niet vaker over medicatietrouw is gesproken.

## DISCUSSIE

Omdat de Liberman-modules een van de drie rehabilitatiestromingen in Nederland betreft, is het van belang onderzoek te doen naar zowel de effecten van de modules als de implementatie ervan in de Nederlandse GGZ-instellingen. Dit onderzoek naar de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' is een eerste poging daartoe. Doordat er in dit onderzoek vooral telefonisch contact gehouden werd met de instellingen is de participatie niet optimaal geweest. Bovendien werd van de deelnemers gevraagd diverse vragenlijsten in te vullen. Deze bleken niet altijd volledig ingevuld geretourneerd te worden. Om die redenen dienen de gedane analyses met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Het is opvallend dat zoveel instellingen één jaar na de introductie van de Liberman-modules nog niet gestart waren met de training. Het valt

TABEL 2 De meningen van negen trainers

|  | Eens (%) | Oneens (%) |
|--|----------|------------|
| Voordelig effect training op deelnemers                  | 100,0    | -          |
| Effect training op team                                  | 44,4     | 55,6       |
| Attitude verpleegkundigen gewijzigd                      | 66,7     | 33,3       |
| Teamleden beter op de hoogte bijwerkingen                | 33,3     | 66,7       |
| Vaker gesproken over medicatietrouw bij behandelplan     | 33,3     | 66,7       |
| Patiënten krijgen vaker hun medicatie in eigen beheer    | 12,5     | 87,5       |
| Patiënten krijgen vaker nieuwe antipsychotica            | 25,0     | 75,0       |
| Teamleden praten openlijker over voor-/nadelen medicatie | 55,6     | 44,4       |
| Module draagt bij aan een goede behandeling              | 100,0    | -          |
| Module is voor patiënten slecht te volgen                | -        | 100,0      |
| Module is moeilijk uit te voeren                         | -        | 100,0      |
| Module kost te veel tijd                                 | 55,6     | 44,4       |

blijkbaar niet mee om een nieuwe trainingsmodule in de GGZ van de grond te krijgen. Ook bleken een aantal instellingen moeite te hebben de module volledig af te ronden. Een belangrijk aandachtspunt is dat het doorlopen van een module drie tot zes maanden duurt. De snelheid waarmee een module doorlopen kan worden, is onder andere afhankelijk van het cognitief vermogen van de deelnemers en de vaardigheid van de trainers. In dit onderzoek bleek verder dat de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' in een aantal instellingen wel is gestart, maar halverwege weer is gestopt omdat alle deelnemers met ontslag waren gegaan of waren overgeplaatst. De deelnemers moet de mogelijkheid worden geboden na hun ontslag of overplaatsing de module in de instelling af te ronden.

Instellingen die de Liberman-modules willen implementeren, zouden er goed aan doen eerst hun setting te analyseren. Factoren waar naar gekeken zou moeten worden zijn: 'kenmerken van de hulpverleners' en 'kenmerken van de setting'. Dit laatste betreft enerzijds collegae, patiënten en andere disciplines en anderzijds allerlei structurele en organisatorische factoren. Het is van belang een goed inzicht in dergelijke factoren te verkrijgen om te weten waar men de interventies en strategieën het beste op kan afstemmen (Grol e.a. 1994).

Na afronding van de training 'Omgaan met antipsychotische medicatie' was de kennis van de patiënten van hun medicatie significant toegenomen. Dit is gemeten met de pre- en posttest die door de patiënten zelf was ingevuld. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met internationale onderzoeken (Eckman e.a. 1992; Wallace e.a. 1992). Deze toename bleek echter niet uit de door de trainer ingevulde kennis- en vaardigheidsvragenlijst. Dat is in tegenspraak met de bevindingen van Eckman e.a. (1992), die zowel een toename van kennis als van vaardigheden vaststellen. Een mogelijke oorzaak van dit verschil is dat in onderhavig onderzoek een vertaalde kennis- en vaardigheidslijst is gebruikt die Nederland niet is gevalideerd. Bovendien is deze


door de trainer ingevuld en niet door de patiënt zelf zoals bij de pre- en posttest het geval is. Sommige patiënten gaven aan het afnemen van de kennis- en vaardigheidsvragenlijst als een 'examen' te ervaren; mogelijk heeft dit de prestaties van de patiënten negatief beïnvloed. Een andere reden kan zijn dat de trainers onvoldoende toebered waren op het oefenen en trainen van vaardigheden. Hoe trouw en adequaat zijn de rollenspelen en het huiswerk aan de orde geweest?

Patiënten blijken gaandeweg de training hun antipsychotische medicatie zelfstandiger in te gaan nemen. Aan het einde van de training krijgen significant meer patiënten (41,7%) hun medicatie op recept, waarmee ze zelf naar de apotheek gaan, dan aan het begin van de training (20,7%). Daarmee wordt het eerste doel van de module namelijk 'patiënten leren de medicatie zelfstandig te beheren' gerealiseerd. Vervolgens is het belangrijk te weten of de patiënten de medicatie trouw innemen. Eckman e.a. (1990) vonden in hun onderzoek dat patiënten na afloop van de training 'Medication management' de antipsychotische medicatie significant trouwer innamen, beoordeeld door zowel hun psychiater als door hun naaste. Ook Buchkremer e.a. (1997) vonden dat patiënten na afloop van de training 'Medication management' meer vertrouwen hadden in de medicatie en in hun behandelaar. In onderhavig onderzoek bleken de patiënten al bij aanvang de medicatie zeer trouw in te nemen. Een toename van de medicatietrouw is daarom niet mogelijk. Misschien is er bij de eerste trainingsgroep sprake van selectie van enthousiaste en 'aangepaste' patiënten die al trouw medicatie gebruiken.

Naast de huidige medicatietrouw is ook de verwachte medicatietrouw van belang. Hierop blijkt winst geboekt te worden. Naarmate de training vordert, stijgt de verwachting van de arts dat de patiënt ook in de toekomst, wanneer hij met ontslag is, zijn medicatie trouw zal innemen. Kennelijk ontwikkelt de arts in de trainingsperiode een groter vertrouwen in de patiënt.

De gemiddelde mate van *health belief* bleef op elk meetmoment min of meer gelijk. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de literatuur over dit onderwerp. Kelly e.a. (1987) vonden in hun onderzoek een positieve correlatie tussen het HBM en medicatieontrouw bij psychiatrische patiënten. Van de variantie van medicatieontrouw werd 20% verklaard door componenten van het HBM zoals *susceptibility*, *severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers* en *cue to action*. Daarentegen werd in het onderzoek van Pan en Tantam (1989) bij psychiatrische patiënten geen relatie tussen het HBM en medicatieontrouw gevonden.

De oordelen van de trainers zijn tamelijk consistent. Zij geven aan dat de module een goede bijdrage levert aan de behandeling van schizofrene patiënten. Vaardigheidstrainingen als deze zijn in het verleden onderzocht en het nut ervan is regelmatig bediscussieerd. In Nederland is dit onderwerp opnieuw in de belangstelling gekomen. Rehabilitatie van chronisch schizofrene patiënten staat politiek in de belangstelling omdat de opnameduur daardoor verkort zou kunnen worden. Om dit doel te bereiken wordt gepoogd schizofrene patiënten vaardigheden aan te leren, zoals het zelfstandig kunnen beheren van de noodzakelijke medicatie. Appelo (1997) meent dat vaardigheidstrainingen – zoals de Liberman-training er een is – vooral een ‘exposurefunctie’ hebben: de trainingen leiden niet tot specifieke verbeteringen, maar lijken de door demoralisatie en hospitalisatie beïnvloede patiënten te stimuleren tot het gebruik van nog aanwezige restcapaciteiten. De reeds in het gedragsrepertoire aanwezige vaardigheden worden dus gereactiveerd ondanks de aanwezigheid van blijvende cognitieve beperkingen. Het zou interessant zijn de toekomstige Liberman-trainingsgroepen op basis van het niveau van cognitief functioneren samen te stellen.

 Met dank aan de patiënten en de medewerkers van de voormalige afdeling Wieringerland (Santpoort) van Stichting GGZ Mentrum Amsterdam; MFO Psychiatrie AMC/De Meren, afdeling

SPDC-Zuidoost te Amsterdam; GGZ-Midden Brabant (voorheen Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier), afdeling Switsj Arbeidsrehabilitatie te Tilburg; Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker; De Grote Rivieren, Organisatie voor Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-Holland Zuid-Oost, locatie Het Kasperpad te Dordrecht; GGZ Buitenamstel, locatie De Vlaamse Passage te Amsterdam; RIAGG Hilversum; Parnassia Psycho-medisch Centrum, locatie Albardastraat, afdeling Het Spectrum te Den Haag en de Dr. Henri van der Hoevenkliniek te Utrecht voor hun deelname aan dit onderzoek.

Het onderzoek is tot een goede afronding gekomen dankzij een financiële tegemoetkoming van de Stichting Liberman Modules Nederland.

#### LITERATUUR

- Appelo, M.T. (1997). De chronische valkuil. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 321-333.
- Blankman, H. (1998). De Liberman-modules en haar toepassingsmogelijkheden. *Passage*, 7, 141-146.
- Broekhuysen, A.M., Vreugdenhil, G., & Thien, Th. (1994). Therapietrouw. Bepalende factoren en mogelijkheden ter verbetering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 850-854.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., & Holle, R. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers. Results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 483-491.
- Eckman, T.A., Liberman, R.P., & Phipps, C.C. (1990). Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 33-38.
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., e.a. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
- Fleischhacker, W.W., Meise, U., Günther, V., e.a. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment. Influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 11-15.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E., Casparie, A.F., (red.) (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kelly, G.R., Mamom, J.A., & Scott, J.E. (1987). Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science & Medicine*, 25, 1205-1211.
- Kissling, W. (1994). Compliance, quality assurance and standards for



relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 16-24.

- Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 133-138.
- Owen, R.R., Fischer, E.P., Booth, B.M., e.a. (1996). Medication non-compliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853-858.
- Pan, P.C., & Tantam, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment. A comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 564-570.
- Wallace, C.J., Liberman, R.P., Mackain, S.J., e.a. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 654-658.
- Weiden, P., Rapkin, B., & Mott, T. (1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 297-310.
- Weiden, P., Rapkin, B., & Zygmunt, A. (1995). Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatric Services*, 46, 1049-1054.
- Wright, C. (1993). Non-compliance - or how many aunts has Mathilda? *The Lancet*, 342, 909-913.

## AUTEURS

- P. BOERSMA, onderzoeksverpleegkundige Multi Functionele Organisatie Psychiatrie AMC/De Meren, afdeling SPDC-Zuidoost.
- J.J.M. DEKKER, onderzoekscoördinator Mentrum, GGZ Amsterdam.
- M. VAN DER GAAG, coördinator wetenschappelijk onderzoek psychose circuit Parnassia, Den Haag/Universiteit Leiden, vakgroep psychiatrie.
- B.G.M. PUIITE, onderzoeker Mentrum, GGZ Amsterdam.
- H. BLANKMAN, ten tijde van het onderzoek beleidsmedewerker Onderzoek & Ontwikkeling van Mentrum, thans freelance trainer.
- Correspondentieadres: J.J.M. Dekker, Mentrum GGZ Amsterdam, Postbus 75848, 1070 AV Amsterdam.

Strijdige belangen: de auteurs Van der Gaag en Blankman zijn als parttime trainers verbonden aan de Stichting Liberman Modules Nederland, die zich ten doel stelt deze modules te verspreiden in de geestelijke gezondheidszorg.

Het artikel is voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2000.

## SUMMARY

Acquisition of skills for medication management – P. Boersma, J.J.M. Dekker, M. van der Gaag, B.G.M. Puite, H. Blankman –

**BACKGROUND** Patients with schizophrenia and associated psychoses know little about medication and have difficulty in distinguishing between effects and side-effects. In addition they are often unaware of having a problem. For all these reasons therapeutic compliance is low in these patients in terms of taking medication.

**AIMS** This study was set up in order to determine whether the training module 'Medication Management Module' contributes to the level of understanding and skills of patients in terms of coping with anti-psychotic medication.

**METHODS** Thirty-one patients completed questionnaires relating to understanding of anti-psychotic medication and medication compliance. In addition, therapists assessed medication compliance and trainers judged the understanding and skills of these patients.

**RESULTS** Understanding about anti-psychotic medication has increased significantly. Patients have started to manage their medication independently more often. Medication compliance was already virtually full when training started and could not increase. There was a significant increase in medication compliance which could be expected in the future.

**CONCLUSION** In a number of respects the training results in improvement in the use of medication. The implementation of the training proved to be a very difficult process in many institutions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 6, 375-384]

**KEYWORDS** anti-psychotic medication, implementation, Liberman-module, medication compliance, rehabilitation